

# Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 160614767 FOLIO DE CONTROL: J10007189

DEL FALLECIDO(A)		
1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A) MIGUEL EDUARDO	RIVERA	CONTRERAS
Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
2. FECHA DE NACIMIENTO: 13/07/1981	3. SEXO: 1 - HOMBRE	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: 00 - N.E.
5. CURP: NO ESPECIFICADO	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: 2 - NO	7. NACIONALIDAD: 1 - MEXICANA
8. EDAD CUMPLIDA: CLAVE EDAD 3 - AÑOS	EDAD: 36 - AÑOS	Para menores de 28 días: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 00000E00000000
8.2 Semanas de gestación: 88	9. ESTADO CONYUGAL: 1 - SOLTERO(A)	
10. RESIDENCIA HABITUAL: 10.1 Tipo de vialidad: 03 - AVENIDA	10.2 Nombre de la vialidad: ARQ LUIS BARRAGAN	10.3 Núm. exterior: 330
10.4 Núm. interior:	10.5 Tipo de asentamiento: 30 - RESIDENCIAL	10.6 Nombre del asentamiento: CAMPESTRE
10.8 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSI	10.9 Municipio: 028 - SAN LUIS POTOSI	10.10 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI
11. ESCOLARIDAD: 01 - NINGUNA	12. OCUPACIÓN HABITUAL: 02 - NO OCUPADOS	
12.1 Trabajaba: 8 - NO APLICA	13. AFILIACIÓN: 02 - IMSS	13.1 Número de afiliación: 418044004000000000
DE LA DEFUNCIÓN		
14. SITIO DE OCURRENCIA: 11 - HOGAR	14.2 CLUES: 9997 - NO APLICA	
14.1 Unidad médica: NO APLICA		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: 03 - AVENIDA	15.2 Nombre de la vialidad: ARQ LUIS BARRAGAN	
15.3 Núm. exterior: 330	15.4 Núm. interior:	15.5 Tipo de asentamiento: 30 - RESIDENCIAL
15.6 Nombre del asentamiento: CAMPESTRE		
15.7 Código postal: 99999	15.8 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSI	15.9 Municipio: 028 - SAN LUIS POTOSI
15.10 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI		
15.11 Jurisdicción: 01 - SAN LUIS POTOSI	16. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: 20/12/2017 09:00	
17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: 1 - SI	18. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: 0 - N.E.	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Descripción	Causa	
I a) NEUMONIA AGUDA PARO CARDIORESPIRATORIO	1 5 - DIAS	J189
I b) BRONQUITIS	1 3 - DIAS	J40X
I c) GRIPE	1 5 - DIAS	J111
I d) -	-	-
II 1) -	-	-
II 1) -	-	-
20. CAUSA BÁSICA: J111 - INFLUENZA CON OTRAS MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 8 - NO APLICA		
21.2 Complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio: 8 - NO APLICA		
21.3 Complicaron el embarazo, parto o puerperio: 8 - NO APLICA		
MUERTES ACCIDENTALES O VIOLENTAS		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		
22.1 Fue un presunto: 8 - NO APLICA	22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo: 8 - NO APLICA	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: 88 - NO APLICA
22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto 88 - NO APLICA	22.5 La defunción fue registrada en el NO APLICA	Ministerio Público con el acta número:
agresor con el(la) fallecido(a):		
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: NO APLICA		
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del del presunto accidente, homicidio o suicidio:		
22.7.1 Tipo de vialidad: 00 - AVENIDA	22.7.2 Nombre de la vialidad: NO APLICA	
22.7.3 Núm. exterior: NO APLICA	22.7.4 Núm. interior: NO APLICA	22.7.5 Tipo de asentamiento: 00 - RESIDENCIAL
22.7.6 Nombre del asentamiento: NO APLICA	22.7.7 Código postal: 00000	
22.7.3 Localidad: 8888 - NO APLICA	22.7.4 Municipio: 888 - NO APLICA	22.7.5 Entidad: 88 - NO APLICA
DEL INFORMANTE		
23. NOMBRE: JOSE MANUEL RIVERA	CONTRERAS	
Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): 05 - HERMANO(A)		
DEL CERTIFICANTE:		
25. CERTIFICADA POR: 1 - MEDICO TRATANTE	25.1. Especifique: NO APLICA	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional 0130024	27. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?: 1 - SI	
28. NOMBRE: JAVIER GONZALEZ	HERRERA	
Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: 05 - AVENIDA	29.2 Nombre de la vialidad: MONTES PIRINEOS	
29.3 Núm. exterior: 255	29.4 Núm. interior:	29.5 Tipo de asentamiento: 00 - RESIDENCIAL
29.6 Nombre del asentamiento: 00		
29.7 Código postal: 99999	29.8 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSI	29.9 Municipio: 028 - SAN LUIS POTOSI
29.10 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI	29.11 TELÉFONO: 1233139	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 20/12/2017
DEL REGISTRO CIVIL		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO:	Núm.: 00011	Libro: 00005
32. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:		Acta: 01254
32.1 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSI	32.2 Municipio: 028 - SAN LUIS POTOSI	
32.3 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI	32.4 Fecha de registro: 20/12/2017	